



# Coronavirus disease COVID-19

## Déclaration du résultat clinique

Envoyer au médecin cantonal et à l'OFSP  
dans un délai de 24 heures.<sup>a</sup>  
OFSP Portail de déclaration: <https://forms.infreport.ch>  
( OFSP Fax: +41 58 463 87 77 )  
( OFSP HIN secured: covid-19@hin.infreport.ch )

### Patient/e

Nom: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_ date de naissance: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ sexe:  f  m

Rue: \_\_\_\_\_ NPA/localité: \_\_\_\_\_ canton: \_\_\_\_\_ tél.: \_\_\_\_\_

Nationalité:  CH  autre: \_\_\_\_\_ pays de résidence, si pas CH: \_\_\_\_\_

### Diagnostic et manifestation

Manifestations:  toux  pneumonie (confirmée par imagerie)  douleurs thoraciques  troubles respiratoires  
 ARDS (Acute Respiratory Distress Syndrome)  maux de gorge  autres symptômes d'affection aiguë des voies respiratoires  
 anosmie  agueusie  fièvre  $\geq 38^{\circ}\text{C}$  (sans autre étiologie)  
 état confusionnel aigu / détérioration de l'état général sans autre étiologie  
 symptômes gastro-intestinaux (p. ex. diarrhée, vomissement, douleurs abdominales)  
 aucun symptôme  autres symptômes: \_\_\_\_\_  
 début des manifestations: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Laboratoire:  nom/tél.: \_\_\_\_\_ date du prélèvement: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Motif du test:  symptômes compatibles avec COVID-19  investigation de flambée  SwissCovidApp  autres: \_\_\_\_\_

Résultat radiologique: CT-Scan compatible avec COVID-19  oui  non

### Evolution

Hospitalisation:  non  oui, date d'entrée: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ motif de l'hospitalisation:  COVID-19  autre

Décès:  oui, date de décès: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (S.v.p. remplir le formulaire «Déclaration de résultats cliniques suite au décès»)

### Statut vaccinal avant le début de la maladie

Vacciné contre le COVID-19:  oui, avec \_\_\_\_ doses au total  non  inconnu

Dose	Vaccin (nom commercial)	Date de la vaccination
1	_____	____/____/____
2	_____	____/____/____
3	_____	____/____/____

### Exposition Dans les 14 jours avant le début des manifestations

où:  CH  étranger, pays: \_\_\_\_\_ lieu: \_\_\_\_\_  inconnu

Résident d'une maison de retraite ou de soins ou d'un autre établissement médico-social:  non  oui institution (nom, tél.): \_\_\_\_\_

comment: Contact étroit avec un cas de COVID-19 confirmé:  oui  non  inconnu

Voie de transmission la plus probable:  dans la famille  en tant que membre du personnel médical ou soignant  école/jardin d'enfant/crèche  
 au travail  fête privée  en discothèque/club  dans un bar/restaurant  
 lors d'une manifestation  Lors d'un rassemblement spontané  inconnu  
 autres: \_\_\_\_\_

quand: Date d'exposition: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  inconnu

déjà en quarantaine avant l'obtention d'un résultat de test positif:  oui  non  inconnu

activité professionnelle: membre du personnel médical ou soignant:  oui  non, autre: \_\_\_\_\_

### Facteurs de risque

Maladies sous-jacentes:  diabète  maladie cardiovasculaire  immunosuppression  affection rénale chronique  
 hypertension  maladie respiratoire chronique  cancer  obésité (IMC > 35)  
 aucune  autres: \_\_\_\_\_

Fumeur:  oui  non  inconnu

Grossesse:  oui  non  inconnu

### Remarques

Médecin nom, adresse, tél./fax (ou timbre): \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ signature: \_\_\_\_\_

<sup>a</sup> formulaires: versions actualisées disponibles sous <https://www.bag.admin.ch/infreporting>